|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **中山大学附属第一医院新医用耗材申购表(2017版)**  **申请类型： □ 常规引进 □ 单次使用 （ □ 紧急）** | | | | | | | | | | | |
| 申报科室 |  | | | 申报日期： | | | 是否涉及新技术： 　 □否 □是　新技术名称： | | | | |
| 耗材名称 |  | | | 使用类型：□一次性使用 □可重复使用(□手术器械□其它) | | | | | | | |
| 市场报价 |  | | | 产地品牌 | |  | | | 规格型号 | |  |
| 供应商 |  | | | 联系人 | |  | | | 联系电话 | |  |
| 医疗器械注册证号： | | | | | | | | | | | |
| 申报科室 填报信息 | | 申请购买医用耗材情况 | □新进耗材 | □全新品牌 □在用品牌，新进品种 | | | | | | | |
| □停用复用品种，收费编码（如有）： | | | | | | | |
| □新增型号 | 同品牌在用规格型号： | | | | | | | |
| 收费编码（如有）： | | | | | | | |
| □替代 | □产品升级 □在用品牌停产，产品名称： | | | | | | | |
| 在用产品收费编码： | | | | | | | |
| □单次使用 | 病人姓名： | | | | 性别： | | 住院号： | |
| 主刀医生： | | | | 收费编码： | | 价格： | |
| 诊断：另单次使用最好能提供病历讨论记录由主刀医生签名后附在申购表后。 | | | | | | | |
| 耗用情况 | □一次性使用耗材，预计年耗量： | | | | | | | | |
| □重复使用耗材，本次申请数量： 预计更换年限： | | | | | | | | |
| ▲申请理由 | 申请理由：科室申请耗材原因？未申请此耗材前如何开展工作的？能解决临床的什么问题？现有耗材为何不能满足？性价比如何？（此项处禁止厂家卖广告,简明扼要！） | | | | | | | | |
| 科室民主管理小组成员意见： | |  | | | | | | | | | |
| 科主任意见 | |  | | | | | | | | | |
| 收费管理科 意见 | | □可独立收费 □不可收费 □备案材料 | | | | | | | | | |
| 其他： | | | | | | | | | |
| 设备科意见 | | 一次性使用耗材证件审核（□是 □否） | | | | | | | | | |
| 其他： | | | | | | | | | |
| 职能部门意见（必要时） | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 主管院长意见 | |  | | | | | | | | | |
| 备注：收费管理科及职能部门意见由设备科汇总后统一提交审核（申请科室无需填写）。 | | | | | | | | | | | |
|  | | 申请人： | | |  | | | 联系电话： | | |  |

**中山一院临床科室申购立项廉洁承诺书**

为促进我院行业作风建设，抵制医药购销领域商业贿赂行为，营造医务人员诚实守信、廉洁行医的良好风气，在科室申请采购药品、试剂、设备、医用耗材等与相关生产、经营企业及其经销人员接触的过程中，本人向医院郑重承诺：

1. 严格按照医院有关规定申请购买药品、试剂、设备、医用耗材、耗品等物品，并根据临床实际需要提出技术参数、配置及其他实质性要求，不利用手中权力谋取个人利益或科室局部利益；
2. 不收受生产、经营企业及其经销人员以各种名义给予的现金、物品、有价证劵，以及支付旅游费用等形式的经济利益；
3. 不以购买、使用其药品、试剂、设备、医用耗材、耗品等为条件，向相关生产、经营企业及其经销人员暗示、索要上述经济利益；
4. 若发生违反上述承诺的行为，愿按照法律法规、上级及医院有关规定接受处罚。

科室名称：

承诺人：

年 月 日